



**A.S.L. NO**

Azienda Sanitaria Locale  
di Novara  
P.IVA 01522670031

Sede Legale: Viale Roma, 7 – 28100 - Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519  
www.asl.novara.it

## NORME PER ACCESSO ALLA VISITA

- ✓ **Ogni atleta minore deve essere accompagnato** da un genitore o da un accompagnatore maggiorenne munito di delega
- ✓ L'orario della visita è indifferibile, **si richiede la massima puntualità**, la presenza all'interno del servizio deve essere limitata al tempo strettamente necessario.
- ✓ **La disdetta della visita deve essere data con un preavviso di almeno una settimana**, senza di esso non è recuperabile.

Per le visite prenotate presso la sede di Novara (Viale Roma, 7 - Palazzina H)  
e-mail : medsportiva.nov@asl.novara.it

Per le visite prenotate presso la sede di Borgomanero (Viale Zoppis, 6 - Palazzina N)  
e-mail : medsportiva.bor@asl.novara.it

- ✓ L'atleta per accedere alla visita dovrà presentarsi con **tutta la documentazione debitamente compilata e firmata** da un genitore o tutore legale, con copia documento del genitore firmatario.

La documentazione da presentare è la seguente:

Questionario anamnestico atleti minorenni.  
(firmato dal genitore)

Modulo di consenso informato.  
(firmato dal genitore)

Eventuale documentazione medica pregressa dell'atleta (visite cardiologiche, ortopediche, endocrinologiche o altre consulenze specialistiche)

- ✓ Si consiglia un abbigliamento comodo.
- ✓ Il campione delle urine deve essere raccolto al mattino, **non è possibile la raccolta in ambulatorio**, in assenza del campione, l'idoneità verrà sospesa fino all'effettuazione dell'esame. Per le ragazze che hanno il ciclo mestruale in corso la raccolta urine dovrà essere prodotta al termine dello stesso, se le urine verranno raccolte ugualmente il campione non verrà ritenuto valido e il giudizio di idoneità verrà sospeso sino alla riconsegna di un altro campione.
- ✓ Se portatori di occhiali accedere alla visita con gli stessi in modo da poter effettuare una valutazione più accurata.

**In assenza di una completa documentazione la visita potrebbe essere rimandata.**

La modulistica sarà fornita direttamente dalla società prenotante la visita o potrà essere richiesta presso l'ambulatorio di medicina sportiva, o essere scaricata dal sito aziendale A.S.L. Novara.



**A.S.L. NO**

Azienda Sanitaria Locale  
di Novara  
P.IVA 01522670031

Sede Legale: Viale Roma, 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519  
www.asl.novara.it

## **SCHEDA ANAMNESTICA**

Il presente modulo **DEVE essere LETTO E COMPILATO** da un **GENITORE** (per atleti minorenni).

Cognome e Nome del/della ragazzo/a \_\_\_\_\_

Nato/a il \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Residente a \_\_\_\_\_ Via/Corso \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

Documento \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Codice Fiscale \_\_\_\_\_

e-mail (del genitore) \_\_\_\_\_ Telefono (del genitore) \_\_\_\_\_

Il/la Ragazzo/a è già stato/a sottoposto/a alla visita di idoneità sportiva AGONISTICA? **SI**  **NO**

se **SI**, esito della visita  idoneo  non idoneo  sospeso data dell'ultima visita sportiva \_\_\_\_\_

### **Anamnesi familiare**

Si sono avuti, nei familiari (**genitori, fratelli o sorelle, nonni, zii...**) casi di:

Diabete (fa insulina?  **SI**  **NO** )  Ipertensione Arteriosa  Cardiopatie (specificare quale) \_\_\_\_\_

Morte Improvvisa in età giovane adulta (sotto i 60 anni, specificare grado di parentela) \_\_\_\_\_

Altre malattie \_\_\_\_\_

### **Anamnesi personale dell'atleta**

**MALATTIE PREGRESSE O IN ATTO:** (barrare **TUTTE** la malattie fatte)

Morbillo  Varicella  Rosolia  Scarlattina  Pertosse  Parotite (orecchioni)  Mononucleosi  
 Polmonite  Epatite  Malattie Renali  Covid-19 (quando \_\_\_\_\_, gravità sintomi: lievi, moderati, gravi)

Diabete (fa insulina?  **SI**  **NO** )  Epilessia  Cardiopatie  Svenimenti  Allergia  Asma  Broncospasmo

Malattie neuropsichiatriche \_\_\_\_\_

Difetti dell'udito  Difetti della vista (se portatore di occhiali/lenti a contatto portare gli occhiali con sé alla visita)

Altro (indicare altre malattie non presenti nell'elenco precedente) \_\_\_\_\_

Vostro/a figlio/a è **MAI STATO RICOVERATO?**:  **NO**  **SI**

(se **SI** elencare i motivi dei ricoveri) \_\_\_\_\_

**INTERVENTI CHIRURGICI:**  **NO**  **SI**

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

**INFORTUNI** (fratture, distorsioni, traumi):  **NO**  **SI**

Se sì, quali? \_\_\_\_\_

Segnalare eventuali **terapie in corso o farmaci recentemente assunti** \_\_\_\_\_



**A.S.L. NO**

Azienda Sanitaria Locale  
di Novara  
P.IVA 01522670031

Sede Legale: Viale Roma, 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519  
www.asl.novara.it

**Si prega di PORTARE IN VISIONE EVENTUALE DOCUMENTAZIONE RELATIVA AD ESAMI O CONTROLLI MEDICI O VISITE SPECIALISTICHE ESEGUITE IN PRECEDENZA**

**RICORDARSI DI PORTARE:**

- *campione delle prime urine del mattino a digiuno con l'etichetta scrivendo il nome e il cognome dell'atleta (N.B. NON È POSSIBILE RACCOGLIERE LE URINE IN STRUTTURA);*
- *tessera sanitaria, carta d'identità dell'atleta.*

**In caso di impossibilità ad effettuare la visita, si raccomanda di disdire la stessa con tempestività preferibilmente:**

- ***all'e-mail [medsportiva.nov@asl.novara.it](mailto:medsportiva.nov@asl.novara.it) (sede di Novara) o via telefono 0321-374340 (Novara);***
- ***all'e-mail [medsportiva.bor@asl.novara.it](mailto:medsportiva.bor@asl.novara.it) (sede di Borgomanero) o via telefono 0322-848372 (Borgomanero).***

\*\*\*\*\*

Il sottoscritto (genitore per i minorenni) \_\_\_\_\_ dichiara:

- *di aver informato esattamente il medico sulle attuali condizioni psico-fisiche dell'atleta e sulle affezioni precedenti e che l'atleta non è mai stato dichiarato non idoneo in precedenti visite medico sportive;*
- *di aver acquisito l'assenso dell'altro genitore, il quale è stato informato riguardo all'esecuzione della visita sportiva per certificazione medico agonistica.*

Data \_\_\_\_\_

x **FIRMA (leggibile e obbligatoria)** \_\_\_\_\_ **(del GENITORE o di chi ne fa le veci per atleti minorenni).**

(Allegare fotocopia documento del genitore firmatario)

Esprimo il consenso all'utilizzo dei dati a fini statistici e scientifici ed all'effettuazione di tutti gli accertamenti necessari al rilascio dell'idoneità sportiva agonistica.

Data \_\_\_\_\_

x **FIRMA (leggibile e obbligatoria)** \_\_\_\_\_ **(del GENITORE o di chi ne fa le veci per atleti minorenni).**



**A.S.L. NO**

Azienda Sanitaria Locale  
di Novara  
P.IVA 01522670031

Sede Legale: Viale Roma, 7 – 28100 Novara  
Tel. 0321 374111 – fax 0321 374519  
www.asl.novara.it

## CONSENSO INFORMATO

### INDICAZIONI E MODALITÀ DI ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO

Il test consiste nel pedalare su un cicloergometro, a velocità costante, contro una resistenza progressivamente crescente, secondo criteri stabiliti di volta in volta in relazione al peso, all'età ed all'allenamento del soggetto esaminato. Gli incrementi di carico avvengono progressivamente, e la durata del test è di qualche minuto. Il test viene interrotto per raggiungimento di una adeguata frequenza cardiaca, per esaurimento muscolare oppure, in rarissimi casi, alla comparsa di sintomi o di segni all'EKG potenzialmente rischiosi e da approfondire in altra sede. Per i bambini, o per i soggetti che abbiano difficoltà a pedalare, il test verrà effettuato salendo e scendendo su uno scalino. Il test permette di valutare l'EKG prima, durante e dopo la prova, e serve a valutare eventuali problemi cardiaci inducibili dallo sforzo fisico. Rispettando le opportune precauzioni risultano estremamente bassi gli inconvenienti durante e dopo la prova (in soggetti sani si possono avere affaticamento, dispnea, senso di svenimento, comparsa di aritmie benigne; in soggetti portatori di cardiopatie si possono indurre aritmie maggiori, segni di bassa portata coronarica: alla comparsa di segni potenzialmente pericolosi il test viene interrotto, ed in ogni caso, il personale e le attrezzature necessarie per fronteggiare un'urgenza sono disponibili in ogni momento).

### CONSENSO ALL'ESECUZIONE DEL TEST DA SFORZO

Allo scopo di accertare l'idoneità alla pratica sportiva agonistica accetto di essere sottoposto al test da sforzo. Prima di sottopormi al test sono stato informato sulle modalità di esecuzione dell'esame (vedi sopra) e sarò visitato dal medico specialista che accerterà che non sussistano controindicazioni. Sono stato informato che dovrò avvertire il medico della comparsa di dolore al petto o di ogni altro disturbo. Sono a conoscenza che il test, in rarissimi casi, può far insorgere problemi potenzialmente pericolosi, ma anche che il personale e le attrezzature per fronteggiare un'urgenza sono disponibili in ogni momento. Ho letto e compreso quanto sopra specificato. In conclusione, il sottoscritto consente all'esecuzione dell'accertamento proposto. Dichiaro di essere stato adeguatamente informato sulle motivazioni che inducono a praticare il suddetto accertamento, sulle finalità conoscitive che a mezzo di esso sono perseguibili ed infine sulla natura dei rischi che possono verificarsi durante la sua effettuazione od in conseguenza di esso.

Firma leggibile (del genitore o di chi ne fa le veci per i minorenni) \_\_\_\_\_

Il sottoscritto \_\_\_\_\_, genitore di \_\_\_\_\_ (da indicare in caso di visita a minore), informato della vigente disciplina in materia di riservatezza dei dati personali e di quelli sensibili a carattere sanitario (legge 675/96, art.22 e 23), sui diritti conferiti all'interessato (art. 13), nonché su finalità e modalità del trattamento degli stessi da parte dell'Asl Novara – Dipartimento di Prevenzione – Sezione Medicina dello Sport, esprime il proprio consenso al trattamento dei dati personali, comuni e sensibili propri e del minore, per essere sottoposto a visita di idoneità all'attività sportiva agonistica.

Firma leggibile (del genitore o di chi ne fa le veci per i minorenni) \_\_\_\_\_

**ATTENZIONE IMPORTANTE:** Allegare fotocopia del documento di identità del genitore firmatario

**SI RAMMENTA CHE L'OMESSA APPOSIZIONE DI ENTRAMBE LE FIRME POTRÀ COMPORTARE LA MANCATA EFFETTUAZIONE DELLA VISITA COMPLETA.**